

**CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O  
MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO  
(FAC-SIMILE)**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_.

Frequentante nell'a.s. \_\_\_\_\_ l'Istituto \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Affetto/a da

\_\_\_\_\_

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL  
PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO SALVAVITA

\_\_\_\_\_

in caso di urgenza dovuta a

\_\_\_\_\_

che si manifesta con la seguente sintomatologia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco

---

Modalità di somministrazione

---

Dosaggio

---

Modalità di conservazione del farmaco

---

Note: (indicare eventuale possibilità di tenuta del farmaco da parte dell'alunno/a e uso autonomo)

---

---

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA**

**DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**